

**ESTHER FERREIRA SCHILLER**

**A RELAÇÃO ENTRE PERFIS DE  
PARTURIENTES E VIAS DE PARTO NO BRASIL**

**Brasília – DF**

**2015**

**ESTHER FERREIRA SCHILLER**

**A RELAÇÃO ENTRE PERFIS DE  
PARTURIENTES E VIAS DE PARTO NO BRASIL**

**MONOGRAFIA APRESENTADA  
À UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA COMO  
REQUISITO PARA A OBTENÇÃO DO  
GRAU DE BACHAREL EM SOCIOLO-  
GIA, EM CUMPRIMENTO ÀS NORMAS  
DO REGIMENTO GERAL DA UNIVERSI-  
DADE DE BRASÍLIA, SOB A ORIEN-  
TAÇÃO DA PROFESSORA DOUTORA  
ANA CRISTINA MURTA COLLARES.**

**Brasília – DF**

**2015**

**ESTHER FERREIRA SCHILLER**

**A RELAÇÃO ENTRE PERFIS DE  
PARTURIENTES E VIAS DE PARTO NO BRASIL**

**MONOGRAFIA APRESENTADA  
À UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA COMO  
REQUISITO PARA A OBTENÇÃO DO  
GRAU DE BACHAREL EM SOCIOLO-  
GIA, EM CUMPRIMENTO ÀS NORMAS  
DO REGIMENTO GERAL DA UNIVERSI-  
DADE DE BRASÍLIA, SOB A ORIEN-  
TAÇÃO DA PROFESSORA DOUTORA  
ANA CRISTINA MURTA COLLARES.**

**Aprovada em: 11/12/2015**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Professora Doutora Ana Cristina Murta Collares (orientadora)**  
**Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília (UnB)**

---

**Professor Doutor Luís Augusto Sarmento Cavalcanti de Gusmão (examinador)**  
**Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília (UnB)**

**Aos meus pais e a meu esposo  
pelos anos de cuidado, atenção e cari-  
nho dedicados a mim.**

## **AGRADECIMENTOS**

**A minha orientadora, por sua dedicação, compreensão e, sobretudo, pelo incentivo reservados a mim, sem os quais esse trabalho não seria possível.**

**Ao meu esposo, não apenas por ser um companheiro zeloso, mas, principalmente, por sua colaboração na ampliação dos meus horizontes intelectuais e emocionais.**

**Ao meu irmão Alexandre, pelas várias assistências técnicas prestadas quando os computadores necessários para a realização desse estudo pararam de funcionar, estragaram e até queimaram sem razão aparente.**

**E, não menos importante, aos meus pais pelo apoio e atenção demonstrados nesses anos.**

## RESUMO

Pesquisa exploratório-descritiva acerca do número de partos cesáreos no Brasil a partir do delineamento de quem são as parturientes. Por meio do levantamento de dados diretamente no banco do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) reuniu-se informações acerca da idade, histórico gestacional, escolaridade, cor/raça/etnia, estado civil, tipo de parto de todas as parturientes do ano de 2013 no Brasil a fim de identificar eventual perfil das parturientes que optam pela via de parto cesariana em detrimento da via de parto normal. A análise dos dados com base em medidas estatísticas e no confronto com os indicadores sociais Produto Interno Bruto (PIB) (calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), coeficiente de Gini (Gini) (calculado, a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD) demonstrou que, no plano individual, quanto maior a escolaridade maior a tendência pelos partos cesáreos e, no plano regional, quanto maior o IDHM também maior a tendência pelos partos cesáreos.

Palavras-chave: Partos. Sociologia da saúde. Saúde reprodutiva.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Idade das parturientes	26
Tabela 2	Idade das parturientes, por tipo de parto	26
Tabela 3	Número de partos normais (anteriores) das parturientes	27
Tabela 4	Número de partos normais (anteriores) das parturientes, por tipo de parto	27
Tabela 5	Número de partos cesáreos (anteriores) das parturientes	28
Tabela 6	Número de partos cesáreos (anteriores) das parturientes, por tipo de parto	28
Tabela 7	Escolaridade (por faixas) das parturientes	29
Tabela 8	Escolaridade (por faixas) das parturientes, por tipo de parto	30
Tabela 9	Cor/raça/etnia das parturientes	30
Tabela 10	Cor/raça/etnia das parturientes, por tipo de parto	31
Tabela 11	Estado civil das parturientes	32
Tabela 12	Estado civil das parturientes, por tipo de parto	32
Tabela 13	PIB, coeficiente de Gini e IDHM	33
Tabela 14	Tipos de parto	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DN	Declaração de Nascido Vivo
Gini	Coeficiente de Gini
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos



<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>O PARTO COMO OBJETO DA SOCIOLOGIA: UMA PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA DO ATO DE PARIR</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Parto e desigualdades sociais</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>DADOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>A declaração de Nascidos Vivos – análise do documento de entrada dos dados</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Dimensão individual dos perfis de parturientes e vias de parto</b>	<b>25</b>
4.1.1	Idade	26
4.1.2	Número de partos normais (anteriores)	27
4.1.3	Número de partos cesáreos (anteriores)	28
<b>4.2</b>	<b>Dimensão social dos perfis de parturientes e vias de parto</b>	<b>29</b>
4.2.1	Escolaridade	29
4.2.2	Cor/raça/etnia	30
4.2.3	Estado civil	32
<b>4.3</b>	<b>Dimensão ecológica dos perfis de parturientes e vias de parto</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>38</b>
	<b>ANEXO A – Declaração de Nascido Vivo (DN)</b>	<b>43</b>
	<b>ANEXO B – Matéria jornalística sobre partos vaginais de celebridades</b>	<b>44</b>
	<b>ANEXO C – Matéria jornalística sobre partos vaginais de celebridades e anônimas</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXO D – Matéria jornalística sobre o parto natural de Gisele Bündchen</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o debate sobre a escolha da via de parto no País tem se intensificado. No Brasil, segundo o relatório Indicadores e Dados Básicos (IDB), do Ministério da Saúde, o número de partos cesáreos tem crescido e atingido o patamar de 55,73% em 2012 (BRASIL, 2013b), ultrapassando em larga medida o limite de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse percentual de 55,73% tem despertado a atenção de diversos segmentos da sociedade, a exemplo, o Estado, a mídia e a própria academia.

Atualmente, a discussão sobre o resgate do parto normal como sendo a via de parto mais segura para a saúde da mãe e do bebê, em oposição ao parto cesáreo, se faz cada vez mais presente na mídia em geral que, por meio de filmes, propagandas nos intervalos dos programas de TV de maior audiência, ou mesmo programas que apresentam relatos da experiência de celebridades nacionais sobre o assunto, bem como reportagens em revistas e jornais de alta circulação nacional, tanto impressos, quanto eletrônicos, tem levado a discussão para o cotidiano das pessoas (a despeito de certa persistente confusão em torno dos conceitos de *parto normal* e *parto natural*).

Entretanto, grande parte do conhecimento acadêmico produzido e dos estudos efetuados até o momento sobre o assunto *via de parto* se concentram em uma área do conhecimento – a saber, a das ciências da saúde; e, mais precisamente, o campo da enfermagem e da saúde pública. Os trabalhos de Velho *et al* (2012), Alcântara (2013) e Domingues *et al* (2014) são exemplos dessa preocupação dos profissionais de saúde com a temática.

Existem também estudos no campo da antropologia referindo-se aos aspectos culturais relacionados às escolhas das mulheres e ao parto natural como forma de empoderamento feminino. A escassez de estudos sobre o aumento dos partos cesáreos na sociologia evidencia a dificuldade de se olhar tal fenômeno como algo para além da preocupação com a saúde da parturiente e do bebê, ou de fatores culturais. Ainda que se tenha noção de que tal fenômeno atinge a maioria das brasi-

leiras, ele não é visto como uma construção coletiva, mas como uma soma de casos individuais, reflexo da necessidade ou vontade particular de cada parturiente – dificultando a visão do fenômeno como uma construção social. Apesar do parto em si ser um assunto pouco abordado na sociologia, a discussão sobre a violência obstétrica tem ganhado corpo na disciplina, por exemplo, com Ramos (2013) e Pulhez (2013).

Nesse contexto, do ponto de vista sociológico, quatro aspectos se mostram relevantes: (1) a escolha por uma via de parto não é algo natural; (2) nem sempre, na história da humanidade, o parto cesáreo foi uma opção; (3) a distribuição dos partos cesáreos e normais na sociedade está correlacionada com características sociais como nível educacional e desenvolvimento regional; e, (4) o elevado grau de penetração dessa discussão na vida das pessoas. Então, cabe à Sociologia também estudar esse fenômeno, não somente ampliando o arcabouço teórico e o conhecimento empírico relativos à realidade brasileira nesse tocante, mas, também, com o fito de poder informar a sociedade sobre o tema.

Destarte, levando em consideração toda uma trajetória de construção do conhecimento voltada para a compreensão dos fatores que influenciam a tomada de decisão por uma via ou outra de parto, faz-se imprescindível conhecer quem são essas parturientes e que espaço elas ocupam na estrutura social. Isso permite, futuramente, que haja intervenções mais precisas em prol da diminuição da ocorrência desnecessária de uma via de parto de alto risco como a cesariana.

Deste modo, este estudo teve como mote *identificar a existência de perfis de parturientes para cada via de parto*. Para tanto, procurou-se responder à seguinte pergunta:

*A 'opção' pela via de parto cesáreo ou normal implica perfis (regionais, sociais, econômicos, de escolaridade etc.) diferentes de parturientes?*

Adicionalmente, procurou-se verificar:

- a) A relação entre perfil de parturiente e via de parto em três níveis: individual, social e ecológico;
- b) Quais grupos sociais possuem acesso mais provável ao parto cesáreo e ao parto vaginal;

- c) Os aspectos socioeconômicos que condicionam o acesso à via de parto, que ocasionalmente possam gerar desigualdades no nível individual e regional.

A importância desse estudo consiste principalmente em fornecer pistas para os mecanismos geradores de desigualdades entre as parturientes brasileiras quanto às suas opções e chances de parir da forma mais isenta de riscos e realizadora possível, destacando a importância de fatores sociais e ambientais nesse processo. Com esse intuito, a fim de alcançar tamanha diversidade, porém sem perder de vista sua verificabilidade empírica, uma vez que a pesquisa efetuada diz respeito à realidade de todas as parturientes do Brasil, este estudo baseou-se em uma análise dos dados disponíveis junto aos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, por meio do acesso à internet o que permitiu alcançar todo esse universo para o ano de 2013.

Organizado em quatro seções além desta introdução, este trabalho inicia com uma contextualização a respeito da escolha do parto, seguida de uma breve discussão sobre as desigualdades sociais que afetam a vivência do parto. Na terceira seção, é feita uma explanação no tocante à metodologia utilizada no estudo, discutindo a natureza, origens, alcances e limitações dos dados. Em sequência, a quarta seção, apresenta informações sobre as características físicas, sociais e gestacionais das parturientes, bem como os dados socioeconômicos de suas regiões. E, para uma análise mais detalhada do perfil das parturientes segundo as vias de parto no Brasil, esses dados são dispostos em três dimensões, em um escrutínio com base em análises descritivas e cruzamentos simples de tabelas. Por fim, a última seção, aborda os resultados alcançados e faz sugestões que objetivam a redução do excessivo número de partos cesáreos desnecessários.

## 2 O PARTO COMO OBJETO DA SOCIOLOGIA: UMA PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA DO ATO DE PARIR

Ao longo da história da humanidade, as concepções sobre o parto sofreram mudanças significativas desde os procedimentos efetuados no parto até onde e por quem ele era conduzido. Se no princípio, o parto era visto como um ato natural, cuja prática era tipicamente orientada por mulheres parteiras em ambientes familiares às gestantes e com o mínimo de interferência possível no corpo da parturiente, com o passar do tempo e as altas taxas de mortalidade materna e neonatal, o parto passou a ser visto como um procedimento perigoso que requeria o máximo de cuidado e conhecimento possível. Nesse contexto, e com o avanço do conhecimento científico e tecnológico, acrescenta Seinbert *et al* (2005), o parto foi se institucionalizando a ponto de ser tratado como uma doença, e como tal, tem sido prioritariamente conduzido por médicos em uma estrutura hospitalar.

Segundo Seinbert *et al* (2005, p. 247), “com o aprimoramento do saber médico, o índice de mortalidade materna começou a diminuir, o que contribuiu para a aceitação da hospitalização perante a sociedade. Ter seus filhos em hospitais passou a parecer mais seguro para as mulheres”. Entretanto, a segurança não era o único motivo catalizador da *preferência* pela institucionalização e medicalização do parto. Ainda conforme esses autores,

as mulheres de classe mais alta não aceitavam mais sentir a dor do parto e não desejavam correr mais riscos, além de parir com a assistência de um médico significar maior poder aquisitivo de seus maridos. Com isso, a consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto acontece em meados do século XX, juntamente com o surgimento das grandes metrópoles e a criação de hospitais, marcando o fim da feminilização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profilático e episiotomias [cortes feitos na vulva e na vagina] desnecessárias (SEINBERT *et al*, 2005, p. 248).

Mediante todas essas transformações, atualmente, no Brasil, o parto não apenas é majoritariamente institucionalizado, como tem na cesariana a via de parto mais praticada entre os obstetras. Mesmo sendo uma via de parto arriscada à saúde da mãe e da criança devido aos procedimentos cirúrgicos empregados, requerendo por parte da parturiente maior cuidado na recuperação frente não apenas

ao perigo de infecção, mas, também, à fragilidade do corpo que foi exposto a profundas incisões, além dos riscos de a criança ter problemas respiratórios (PEREIRA *et al*, 2011) não parece abalar a preponderância do parto cesáreo sobre o normal na sociedade brasileira e em muitas sociedades ditas *modernas*.

A fim de compreender os fatores que levam as parturientes a *optarem* pelo parto cesáreo, algumas pesquisas na área têm informado que as cesarianas não são mais, em sua maioria, realizadas com o intuito de salvar a vida do feto em caso de óbito materno, mas sim, de atender a uma complexa variedade de necessidades e justificativas, tais como: diminuição da dor, preferência entre os médicos, complicações no parto, experiências exitosas com relação a partos anteriores, bem como aproveitar o procedimento para fazer laqueadura (CHIAVEGATTO FILHO, 2013).

Já outras pesquisas indicam que o aumento de cesarianas se deve à possibilidade de maior controle por parte tanto das instituições (hospitais) e dos médicos, quanto por parte da parturiente que, segundo Pereira *et al*, evidenciam

um fenômeno construído a partir dos interesses corporativos e da formação tecnicista do médico, o qual hoje goza da 'simpatia' de algumas mulheres que, assim, adaptam o desejo intrínseco de ser mãe com as questões dos tempos modernos, em que ela, a mulher, assume inúmeras responsabilidades, o que lhe exige precisão, organização e um total controle do seu tempo (PEREIRA *et al*, 2011, p. 580).

Todavia, parece ser consenso entre as pesquisas que o medo da dor do parto é um dos fatores que mais influenciam as parturientes a *decidirem* pelo parto cesáreo. No entanto, parte desse medo é construído com base nos procedimentos adotados nos hospitais.

Conforme apregoam Nagahama e Santiago (2005), o parto deixou de ser privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivenciado de maneira pública, com a presença e interferência de outros atores sociais, além de um cenário que causa total desconforto devido ao cerimonial de internação em que há: separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, jejum, ritual de limpeza com enema, isto é, injeção de líquidos no ânus para induzir a evacuação, e a não deambulação.

Cabe lembrar que a deambulação (movimentação, caminhada), exerce um papel importante, principalmente, nas primeiras horas do parto, pois “o

útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, [de modo que] o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é menos intensa” (MAMEDE *et al*, 2007, p. 467).

Sendo assim, o ritual de internação causa na parturiente não só sentimento de medo, bem como de “angustia e solidão, principalmente pelo fato de permanecer sozinha e, ainda, por perceber rispidez por parte dos profissionais” (MATOS *et al*, 2013, p. 875).

Entretanto, tais cenários podem ser observados para além do Brasil. Internacionalmente, alguns estudos têm associado o acesso a vias de parto mais seguras à classe social das mães (ROTH; HENLEY, 2012; SALVADOR *et al*, 2009), e também a outros fatores culturais e sociais, já que a cesariana, quando o parto normal não é contraindicado, não constitui a via de parto mais segura de parir (SAÑUDO; MELO-MARTÍN, 2009).

Um estudo feito em Monterrey, cidade com maior número de cesarianas no México, por exemplo, aponta como causas concorrentes desse elevado número de cesarianas a combinação tanto de aspectos socioeconômicos quanto de aspectos culturais. A medicalização do parto e a comercialização e a *tecnicização* da medicina, aliada à crença das mulheres de que a cesariana é um método seguro, de que estão se protegendo da dor e do risco de incontinência urinária, mais o treinamento e atitudes da categoria médica são apontados como alguns dos fatores que levam a um alto número de cesarianas desnecessárias, em especial entre as classes mais altas essa cirurgia ocorre por escolha da própria mãe/família (SAÑUDO; MELO-MARTÍN, 2009).

Na mesma linha, mas com conclusões diferentes, O'Dougherty (2013) discute a dificuldade encontrada por mães brasileiras de classe média de ter um parto normal/natural, situação cada vez mais comum especialmente nas instituições hospitalares privadas no Brasil. A autora discute como as mulheres não conseguem ter seu desejo por um parto normal atendido devido à estrutura do sistema de saúde e às preferências dos médicos, bem como suas estratégias para ressignificar a experiência de parir a fim de dotá-la de sentido.

Em conformidade com esse estudo, uma pesquisa realizada em Na-

tal, Rio Grande do Norte, mostra que um número significativo de gestantes tem seu desejo por uma via de parto não satisfeito, principalmente, quando o desejo é por um parto normal. Não há dúvida de que

para a decisão de uma cesárea, fica clara a interferência do profissional obstetra e a pouca interferência da paciente ou de alguém mais próximo como o marido ou a mãe, quando 50,4% das mulheres pesquisadas, não participam dessa decisão, o marido foi ouvido em 16,8% e a família em apenas 6,7%. O número de cesáreas realizadas atendendo a um pedido da mulher foi de 16,0% na amostra investigada. Logo, na verdade, quem decide a que tipo de parto a mulher deverá ser submetida é o médico. Essa é uma questão que necessita ser enfrentada e debatida especialmente porque são as primíparas [mulheres que vivenciam a experiência do parto pela primeira vez] do serviço privado que mais negam ter pedido para fazer uma cesárea [sendo frustrado seu desejo por uma via de parto normal] (COSTA *et al*, 2008, p. 13).

Mas estes não são os únicos desafios pelos quais as parturientes perpassam ao longo de toda a gestação, parto e pós-parto. Também a chamada *violência obstétrica* é um tema cuja discussão relaciona direitos, classe social e vias de parto (RAMOS, 2013), e foi objeto de discussão de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) do Congresso Nacional (BRASIL, 2013c).

Diferentemente de outros países como Argentina e Venezuela, o Brasil não tem uma lei que reconheça a violência obstétrica como crime. Em um esforço de tipificar o que venha a ser considerado violência obstétrica com base na legislação de outros países, que se encontram mais avançados nesse sentido, e na experiência de mulheres que sofreram algum tipo de violência durante a gestação, trabalho de parto e pós-parto, a Organização Não Governamental (ONG) Parto do Princípio, em seu Dossiê denominado *Parirás com Dor* apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito do Congresso Nacional sobre a Violência Contra as Mulheres em 2013 define violência obstétrica como

todos aqueles [atos] praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis (CIELLO *et al*, 2012, p. 60).

Amiúde, a mesma CPMI reconhece que o abuso cometido contra as mulheres nesse período de suas vidas ocorre em diversas dimensões desde a física, sexual, psicológica, passando pela institucional, material e chegando até a midiática (BRASIL, 2013c). Neste caso, a privação de alimentos e de anestésicos quando tecnicamente indicados; exames repetitivos de toques invasivos e agressivos, bem co-



mo dos mamilos sem esclarecimento e consentimento da parturiente; humilhações e ameaças; impedimento ao acesso dos serviços de saúde e à amamentação; cobranças indevidas seja por parte dos planos, seja por parte dos profissionais de saúde; e a depreciação do parto normal, além da apologia ao desmame precoce são apenas alguns exemplos dos ultrajes e maus tratos que configuram as diversas dimensões da violência obstétrica (CIELLO *et al*, 2012).

Por fim, aspectos socioeconômicos e culturais do *parir* vêm sendo estudados em relação ao parto domiciliar, fenômeno que tem crescido entre as classes mais altas. Carneiro (2011), por exemplo, analisa os grupos de mães, em geral de classes mais abastadas, que se reúnem para lutar pela oportunidade de ter um parto (natural) sem intercorrências como forma de *empoderamento feminino*.

A despeito da complexidade que o conceito de *empoderamento* possa assumir e dos diversos campos no qual ele tem sido aplicado, o empoderamento ocorre quando

atores sociais reúnem recursos que lhes permitem, efetivamente, tomar parte das decisões que lhes afetam, por meio de sua voz e de suas ações. Em outros termos, pessoas e grupos empoderam-se quando conquistam autonomia para, nos limites das coerções normais em qualquer agrupamento humano, decidir sobre seu destino. Portanto, a falta dos recursos retroaduzidos implica que os sujeitos vivam sob condições de quase exclusiva heteronomia, não podendo decidir por si próprios sobre aquilo que lhes diz respeito (HOROCHOVSKI, 2006, p. 22).

Ampliando essa interpretação do conceito de empoderamento (em geral), a noção de *empoderamento feminino* assume, outros contornos nos quais as mulheres podem

decidir sobre sua própria vida nos espaços públicos e privados, bem como exercer poder nos espaços em que são tomadas decisões acerca das políticas públicas e de outros acontecimentos relativos aos rumos da sociedade e que interferem direta ou indiretamente sobre seus interesses [desafiando] relações patriarcais [a fim de assegurar às mulheres] autonomia para controlar o próprio corpo, a sua sexualidade, o seu direito de ir e vir, bem como um repúdio à violência, ao abandono e às decisões unilaterais masculinas que afetam a [sociedade como um todo] (MAGESTE *et al*, 2008, p. 2).

Afora essa pequena parcela de mulheres que se reúnem na tentativa de fazer valer sua vontade e o controle sobre seu próprio corpo a que se refere Carneiro (2011), o que se observa na maior parte do tempo e nas pesquisas sobre o tema, é que esse empoderamento não consegue se estabelecer frente à inexperiên-

cia da gestante – como é o caso das primíparas –, ao pouco conhecimento que as parturientes possuem sobre o processo e as formas de parir, mas, sobretudo, frente à autoridade do médico.

Isso posto, o alto número de cesarianas no Brasil, como também em outros países latino-americanos, permite inferir que um bom número de partos cesáreos ocorre desnecessariamente, levantando a hipótese de que para além da existência de fatores de risco para a saúde indicativos das cesarianas, há um ou vários componentes sociais, culturais e/ou econômicos que interferem nas oportunidades de acesso a cada uma das vias de parto, em especial para as mulheres latino-americanas.

Com base nessa literatura tão diversificada sobre o tema, não se pode ignorar que o posicionamento das parturientes na estrutura social faz-se importante para a compreensão dos fatores que influenciam ou podem influenciar na tomada de decisão por uma via ou outra de parto. De modo que se tornou essencial saber quem são essas parturientes e que espaço elas ocupam na esfera social.

## **2.1 Parto e desigualdades sociais**

Sabendo que as sociedades são assentadas em níveis de subordinação (BERGER, 1986) e que a hierarquia é um fenômeno inerente a esse fundamento, não é possível viver em uma sociedade na qual a estratificação social não exista. Logo, “ter conhecimento das várias formas que as estruturas de estratificação podem assumir é importante por causa dos efeitos que elas têm sobre muitos aspectos da experiência humana” (HALLER, 2001, p. 70); o que faz dos estudos de estratificação social relevantes instrumentos de investigação para se compreender a realidade em seus mais distintos espaços.

Assim, ao afirmar que o tecido social é um campo no qual as pessoas disputam diferentes formas de poder na sociedade (poder econômico, poder político, poder cultural, poder simbólico etc.) e que a ação dessas pessoas é orientada para mais de um poder, Bourdieu (1989) redefine o conceito de classe social extrapolando a dimensão econômica quando engloba não somente capital econômico,

como também capital social, e, especialmente, capital cultural.

Isso fundamenta o argumento de que pertencer a uma classe social ou ocupar determinada posição na estrutura social reflete maneiras adquiridas pelas pessoas pertencentes a determinado meio social, que faz com que elas assumam determinados gostos, determinadas formas de agir, de pensar, de se relacionar na sociedade que advém do próprio processo de socialização das mesmas e que acabam por se naturalizarem (BOURDIEU, 1989). De acordo com o autor,

de maneira geral, o espaço de posições sociais se retraduz em um espaço de tomadas de posição pela intermediação do espaço de disposições (ou do *habitus*); ou, em outros termos, ao sistema de separações diferenciais, que definem as diferentes posições nos dois sistemas principais do espaço social [a saber, o econômico e o cultural], corresponde um sistema de separações diferenciais nas propriedades dos agentes (ou de classes construídas como agentes), isto é, em suas práticas e nos bens que possuem. A cada classe de posições corresponde uma classe de *habitus* (ou de *gostos*) produzidos pelos condicionamentos sociais associados à condição correspondente e, pela intermediação desses *habitus* e de suas capacidades geradoras, um conjunto sistemático de bens e de propriedades, vinculadas entre si por uma afinidade de estilo (BOURDIEU, 1996, p. 21, grifos do autor).

Reconhecendo ser possível detectar o posicionamento das pessoas na estrutura social com base nas disposições (*habitus*), escolhas e estilos de vida construídos precipuamente por meio do acúmulo de capitais econômico e cultural (capital escolar), a renda e a educação tornam-se importantes variáveis para os estudos de estratificação social.

Entretanto, existem diferentes linhas de pensamento da teoria de estratificação societária. No presente, os teóricos da estratificação têm dado preferência para combinar aspectos da teoria clássica com aspectos da teoria empírica na operacionalização do conceito de classe social, são eles: poder, prestígio, *status* econômico e *status* informacional. Ainda hoje, admite-se que a dimensão do poder na sua expressão política não é passível de ser mensurada, mas que as demais dimensões podem ser medidas por meio das variáveis de *status* ocupacional (que se baseia na educação e renda médias de cada ocupação), de renda e de educação (HALLER, 2001).

Porém, o fator renda está fortemente associado ao fator educação, especialmente no contexto brasileiro. Considere-se, por exemplo, a discussão recente de Medeiros e Galvão (2015) de que a educação, embora não seja a causa direta

da desigualdade entre os ricos e não-ricos no Brasil, possui uma alta correlação com a renda. Essa correlação pode evidenciar um elevado grau de cristalização da sociedade brasileira em que “a estrutura de estratificação pode tender ao monolitismo [convergindo] diferentes dimensões de poder em uma única hierarquia” (HALLER, 2001, p. 81). Dito de outra forma, “em um extremo, a posição de uma pequena unidade, em qualquer uma das dimensões [da estratificação social], pode ser determinada conhecendo-se sua posição em qualquer outra” (HALLER, 2001, p. 81). Acrescenta-se ainda que Bourdieu (1989) submete o valor do trabalho (ocupação) ao seu título (educação). Para o autor,

o título profissional [...] é uma espécie de regra jurídica de percepção social, um ser percebido que é garantido como um direito. É um capital simbólico institucionalizado, legal (e não apenas legítimo). Cada vez mais indissociável do título escolar, visto que o sistema escolar tende cada vez mais a representar a última e única garantia de todos os títulos profissionais, ele tem em si mesmo um valor e, se bem que se trate de um nome comum, funciona à maneira de um grande nome (nome de grande família ou nome próprio), conferindo todas as espécies de ganhos simbólicos (e dos bens que não é possível adquirir directamente com a moeda) [...] Dado que o título é em si mesmo uma *instituição* [...] mais duradoira que as características intrínsecas do trabalho, a retribuição do título pode manter-se apesar das transformações do trabalho e do seu valor relativo: não é o valor relativo do trabalho que determina o valor do nome mas o valor institucionalizado do título que serve de instrumento o qual permite que se defenda e se mantenha o valor do trabalho (BOURDIEU, 1989, p. 148-149, grifo do autor).

Diante de tais apontamentos, a educação mostra-se uma variável de estratificação social importante para o estudo em questão, por ter um peso preponderante na realidade brasileira, haja visto que ela influencia a ocupação, que por sua vez interfere na renda, tornando-a uma *proxy* razoável de classe social. Com isso justifica-se o uso da variável *educação da mãe*, presente nos dados do SINASC, para auferir a posição social das mães, uma vez que a variável renda não está disponível, e a variável ocupação apresenta uma série de dificuldades teóricas e metodológicas para sua utilização nesse contexto.

Embora as classes sociais sejam fundamentais para o entendimento do espaço social, elas não são as únicas formas de hierarquização desse espaço. Elas podem coabitar com outros princípios de divisão do tecido social. Segundo Aristóteles conforme assinala Bourdieu, o mundo social é como “o ser [...] pode ser dito e construído de diferentes modos: ele pode ser praticamente percebido, [reconstruído], segundo diferentes princípios de visão e de divisão – por exemplo, as divisões étnicas (ARISTÓTELES apud BOURDIEU, 1989, p. 137).

Apesar das ideologias raciais ou do preconceito se manifestarem como problemas inerentes ao domínio do campo simbólico, portanto, com alguma autonomia em relação à estrutura socioeconômica, esses fenômenos não podem ser concebidos como meras relações raciais ou culturais entre diferentes grupos (IANNI, 1972). Pois essas relações, enquanto relações de subordinação e dominação, só se tornam explicáveis quando inscritas no “âmbito da estrutura de classes, em que as suas significações essenciais se mantêm” (IANNI, 1972, p. 248).

Ponderando sobre o espaço que as parturientes ocupam no meio social, a variável *cor/raça/etnia* da mãe também assume papel relevante para o estudo, não podendo ser desprezada seja pela relação que esta variável possui com o conceito de classe social e suas possíveis *medidas*, seja pela maneira na qual o Brasil foi construído histórica e culturalmente.

Assim, no aspecto individual dessa investigação este trabalho releva características tais como idade e número de cesáreas e/ou partos normais anteriores de cada parturiente, pois essas características independem do aspecto social. Para captar o aspecto social do perfil das parturientes e verificar sua influência na via de parto, este trabalho utiliza as variáveis *educação*, *raça* e *estado civil* da mãe que, conforme discutido, estão sendo consideradas *proxies* do *status* socioeconômico da mãe. Falta apenas discutir o terceiro aspecto da determinação da via de parto, aqui chamado de ecológico ou ambiental. O estudo desse aspecto se justifica pois, conforme a seção *resultados e discussões*, existem variações regionais no tipo de parto, que não podem ser singelamente atribuídas à distribuição de características individuais.

Se os agentes podem ser organizados segundo outros princípios de divisão desde que não se esqueça que eles estão correntemente ligados aos princípios fundamentais do espaço social (BOURDIEU, 1989), não se pode descartar a influência de fatores agregados que caracterizam as diferentes regiões (ambiente físico e, mormente, social) como possíveis determinantes da via de parto no país. Um recorte regional que leve em consideração diferentes níveis de desenvolvimento social como o Produto Interno Bruto (PIB), o Coeficiente de Gini (Gini) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); além dos recortes educacional e étnico, pode ser enriquecedor tendo em vista os objetivos do presente estudo. Além dis-

so, foram feitas análises em separado, para cada região do país, a fim de demonstrar os determinantes sociais que apresentam alguma variação regional. Portanto, olhar para o espaço geográfico como uma instância social, isto é, “processo e produto das relações sociais” (SANTOS, 1997 apud FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 34) é compreender a relevância de que

os usos e as funções que cada recorte espacial admite podem conformar perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, [...] exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 39).

Dessa forma, levando em consideração que as ações, preferências e gostos não estão dissociadas do meio social e mesmo do ambiente geográfico, este estudo procura compreender quais grupos sociais possuem acesso mais provável ao parto cesáreo e ao parto vaginal (normal), e se é possível identificar aspectos socioeconômicos e ambientais, ou ecológicos, que se associam ao acesso à via de parto, gerando desigualdades nos níveis individual, social e regional.

### 3 DADOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo baseou-se em uma análise exploratória de dados efetuada por meio de uma planilha eletrônica, abastecida por dados colhidos no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, referentes a todos os partos registrados no ano de 2013 no Brasil. A ausência de levantamentos científicos por parte da Sociologia no que diz respeito à possível existência de perfis *sociais* de parturientes implica a necessidade de uma pesquisa de *natureza básica* (ANDER-EGG, 1971), que possa abrir oportunidades para estudos mais profundos e de caráter mais específico no futuro (DEMO, 1995).

Desse modo, considerando os objetivos de descrever a eventual existência de perfis de parturientes que *optam* pela via de parto normal ou cesariana no Brasil, e analisá-los a partir de três dimensões (individual, social e ecológica) a fim de conhecer quais grupos sociais possuem acesso mais provável ao parto cesáreo e ao parto vaginal, bem como os fatores condicionantes desse acesso, elegeu-se a *abordagem quantitativa* do fenômeno (GIL, 2007).

Tal opção metodológica se justifica tanto pelo caráter numérico das informações coletadas quanto pelo tratamento dedicado às mesmas, apresentando os resultados de maneira tabulada (LAKATOS; MARCONI, 2008). Ressalta-se que os dados não são amostrais, mas compreendem toda a população de parturientes do Brasil em 2013 que registraram os nascimentos através da Declaração de Nasido Vivo, documento oficial do sistema de saúde brasileiro. A coleta de dados (quantitativos) efetuada diretamente (via internet) no sítio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, permitiu alcançar todo esse universo.

Dos 2.904.027 partos registrados no Brasil em 2013, 1.147.627 (39,51%) ocorreram na região Sudeste, outros 821.458 (28,28%) na região Nordeste, seguidos de 386.983 (13,32%) na região Sul, 313.272 (10,78%) na região Norte e 234.687 (8,08%) na região Centro-Oeste, compreendendo toda a população em análise.

### 3.1 A declaração de Nascidos Vivos – análise do documento de entrada dos dados

Criado no Brasil em 1990 para o fornecimento de dados que possibilitassem a construção de indicadores de saúde que fornecessem “informações sobre as características dos nascidos vivos” (BRASIL, 2011, p. 6), o banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, disponibiliza informações *imputadas* a partir do preenchimento (*in loco*) de um formulário (físico) denominado *Declaração de Nascido Vivo* (DN).

Esse preenchimento é obrigatório e, para a lavratura da Certidão de Nascimento (BRASIL, 2011) do recém-nascido, uma das três vias da DN deve ser entregue no Cartório de Registro Civil mais próximo a instituição hospitalar ou ao local de nascimento da criança. Assim, a DN contém importantes informações sobre o recém-nascido e a parturiente e, graças a sua obrigatoriedade, tornou-se uma excelente fonte de pesquisa.

Entretanto, apesar de diversas melhorias feitas ao longo dos anos – acrescentando campos que ajudam a compreender melhor como ocorreu o parto –, a DN ainda possui limitações. Segundo o *Manual de Instrução para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo*, do Ministério da Saúde, a

emissão da DN é da competência e responsabilidade dos profissionais de saúde, ou parteiras (reconhecidas e vinculadas às unidades de saúde) responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido, no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência (BRASIL, 2011, p. 8).

E como o formulário é preenchido a mão, passando por diferentes profissionais – muitos dos quais sem o conhecimento técnico necessário para manipulação dessas informações –, o longo processo até o *input* no banco de dados do SINASC permite certa margem de erro (por exemplo, a marcação de alternativas de respostas que a princípio não existem no formulário original). Há ainda a ausência de dados que seriam significativos e a falta de correspondência de alguns dados com outros órgãos do governo.

Ressalta-se, assim, que existe uma grande quantidade de valores ausentes (ou deixados em branco no questionário) para as variáveis utilizadas, per-



fazendo de 2% a 5.5% dos casos. Esse percentual, para uma base de dados censitária do porte da utilizada aqui é, no entanto, considerado estatisticamente negligenciável, assim opta-se por descartar todos os casos com dados ausentes. Essa opção acarreta o fato de que os valores do total de casos em cada tabela apresentada variam ligeiramente de tabela para tabela, o que não prejudica a análise pois o que nos interessa aqui são os percentuais de casos válidos, principalmente porque não é possível identificar a causa da ausência de valores quando ela ocorre.

Embora a Declaração de Nascido Vivo se proponha a ajudar na construção de indicadores que possam diagnosticar e melhorar a realidade brasileira no tocante à saúde seja da mãe, seja do bebê, o formulário não contém qualquer informação sobre a renda da parturiente, ainda que conste a ocupação da mesma. Ademais, a codificação utilizada para o registro da ocupação da parturiente no banco de dados do SINASC não tem correspondência direta com códigos normalmente utilizados pelos pesquisadores, dificultando o uso dessa informação.

Isso posto, com o intuito de identificar o perfil de parturiente segundo a via de parto no Brasil, os dados do SINASC foram submetidos a um tratamento estatístico simples com o uso dos softwares Excel® e STATA®. Ao final, tais dados foram confrontados com outros indicadores sociais, a saber: Produto Interno Bruto (PIB) de 2013, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Coeficiente de Gini (Gini) de 2013, calculado, a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

A ideia é apreender a realidade socioeconômica brasileira contemplando a produção da riqueza (por meio do PIB), o nível de desigualdade social (por meio do Gini), o resultado disso na qualidade de vida das pessoas nas macrorregiões (por meio do IDHM) e o eventual impacto disso tudo na *opção* pela via de parto. Enfim, cabe ressaltar que a escolha do IDHM brasileiro se sustenta na adequação da metodologia de aferição deste à realidade brasileira e à disponibilidade de indicadores municipais – sem prejuízo da apreensão dos mesmos aspectos medidos pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) global (quais sejam: longevidade, educação e renda) (PNUD, 2015).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme dito anteriormente, este trabalho pretende investigar – sob as dimensões individual, social e ecológica – *a relação entre perfis de parturientes e vias de parto no Brasil*. Nesse intuito, foram considerados dados de variáveis auferidas por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde. E como o Ministério costuma consolidar esses dados com aproximadamente dois anos de defasagem, foram sopesados os mais recentes disponíveis.

Assim, para a análise da *dimensão individual* desse fenômeno, foram coletados os dados do SINASC de 2013 referentes à idade e ao número de partos normais (anteriores) e de cesáreas (anteriores) das parturientes; a *dimensão social* foi analisada a partir dos dados do SINASC de 2013 concernentes à cor/raça/etnia, ao estado civil e à escolaridade da parturiente. Já a *dimensão ecológica*, foi examinada a partir do confronto dos dados do SINASC com três indicadores socioeconômicos: Produto Interno Bruto (PIB) de 2013, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Coeficiente de Gini (Gini) de 2013, calculado, a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

### 4.1 Dimensão individual dos perfis de parturientes e vias de parto

A análise da dimensão individual dos perfis de parturientes e vias de parto baseia-se em três variáveis: idade da parturiente e número de partos normais e de cesáreas (anteriores). Isso por que a apreciação dos dados não permite dúvidas de que a informação do número de filhos (anteriores) da parturiente não é relevante para o estudo em questão: não há uma relação entre a quantidade de filhos (anteriores) e o tipo de parto – em que pese a fertilidade das mães nas regiões menos de-

envolvidas como Norte e Nordeste seja maior (isto é, ambas as regiões têm mais mães com mais de dois filhos); corroborando a importância do fator ambiental.

#### 4.1.1 Idade

A tabela 1 apresenta os dados acerca da idade das parturientes em 2013: 81,40% das parturientes tinham entre dezoito e trinta e cinco anos; 9,61% tinham menos de dezoito anos; e, 8,99% tinham mais de trinta e cinco anos.

Tabela 1: idade das parturientes (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
< 18 anos	43.673	13,94%	95.032	11,57%	87.500	7,62%	30.968	8,00%	21.806	9,29%	278.979	9,61%
[18,35]	250.945	80,10%	663.429	80,76%	939.230	81,84%	316.217	81,71%	194.037	82,68%	2.363.858	81,40%
> 35 anos	18.654	5,95%	62.998	7,67%	120.897	10,53%	39.798	10,28%	18.844	8,03%	261.191	8,99%

Ainda conforme a tabela 1, no que tange à idade, as cinco macrorregiões brasileiras apresentam percentuais um tanto semelhantes, com o predomínio absoluto das parturientes entre dezoito e trinta e cinco anos. Entretanto, nas regiões Norte e Nordeste, há percentuais maiores de parturientes com menos de dezoito anos.

A tabela 2 apresenta os dados acerca da idade das parturientes segundo o tipo de parto praticado em 2013: 69,60% das parturientes acima de trinta e cinco anos tiveram seus filhos por meio de parto cesáreo; diferentemente, 39,98% das parturientes com idade abaixo de dezoito anos fizeram cesarianas; enquanto isso, na faixa do estado normal de reprodução (parturientes entre dezoito e trinta e cinco anos), 57,30% tiveram seus filhos via cesariana.

Tabela 2: idade das parturientes, por tipo de parto (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal
< 18 anos	35,57%	64,43%	36,63%	63,37%	41,97%	58,03%	46,60%	53,40%	46,05%	53,95%	39,98%	60,02%
[18,35]	47,32%	52,68%	50,74%	49,26%	61,56%	38,44%	62,86%	37,14%	62,89%	37,11%	57,30%	42,70%
> 35 anos	54,25%	45,75%	61,29%	38,71%	74,15%	25,85%	73,90%	26,10%	74,30%	25,70%	69,60%	30,40%
	46,09%	53,91%	49,92%	50,08%	61,39%	38,61%	62,70%	37,30%	62,24%	37,76%	56,74%	43,26%

Ainda conforme a tabela 2, no que diz respeito à idade segundo o tipo de parto, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam percentuais muito semelhantes, com o predomínio absoluto dos partos cesáreos entre as parturientes acima de dezessete anos. Entretanto, mesmo nas regiões Norte e Nordeste, em que os percentuais de partos normais superam os de partos cesáreos, há uma dominância de cesarianas na faixa das parturientes que possuem idade acima de trinta e cin-

co anos.

#### 4.1.2 Número de partos normais (anteriores)

A tabela 3 apresenta os dados acerca do número de partos normais (anteriores) das parturientes em 2013: 56,31% das parturientes nunca haviam tido parto normal; 17,96% já haviam tido um parto normal anterior; 13,05% tiveram quatro ou mais partos normais; 8,61% tinha vivenciado dois partos normais; e, 4,07%, três partos normais.

Tabela 3: número de partos normais (anteriores) das parturientes (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
nenhum	120.152	38,35%	380.002	46,26%	751.569	65,49%	255.688	66,07%	127.932	54,51%	1.635.343	56,31%
1 normal	58.502	18,67%	157.865	19,22%	196.801	17,15%	67.425	17,42%	40.909	17,43%	521.502	17,96%
2 normais	34.175	10,91%	80.714	9,83%	86.285	7,52%	29.253	7,56%	19.623	8,36%	250.050	8,61%
3 normais	19.382	6,19%	39.502	4,81%	37.474	3,27%	12.886	3,33%	8.921	3,80%	118.165	4,07%
4 ou mais	81.061	25,88%	163.376	19,89%	75.498	6,58%	21.731	5,62%	37.302	15,89%	378.968	13,05%

Ainda conforme a tabela 3, a respeito do número de partos normais (anteriores) das parturientes, as cinco macrorregiões apresentam percentuais similares. As diferenças se encontram nos percentuais elevados de parturientes que nunca tiveram um parto normal nas regiões Sul e Sudeste e nos percentuais significativos de parturientes com quatro ou mais partos normais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A tabela 4 apresenta os dados acerca do número de partos normais (anteriores) das parturientes segundo o tipo de parto. Em 2013, passaram por parto cesáreo: 71,01% das parturientes que nunca haviam tido um parto normal; 50,04% das que já tinham feito quatro ou mais partos normais; 36,28% das que fizeram apenas um parto normal; 30,35% das que tinham tido dois partos normais; e 26,69% das parturientes que tiveram três partos normais.

Tabela 4: número de partos normais (anteriores) das parturientes, por tipo de parto (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal
nenhum	63,76%	36,24%	63,87%	36,13%	73,67%	26,33%	74,98%	25,02%	75,48%	24,52%	71,01%	28,99%
1 normal	31,22%	68,78%	32,74%	67,26%	38,00%	62,00%	40,57%	59,43%	41,82%	58,18%	36,28%	63,72%
2 normais	26,99%	73,01%	28,87%	71,13%	31,31%	68,69%	32,65%	67,35%	34,60%	65,40%	30,35%	69,65%
3 normais	23,07%	76,93%	25,56%	74,44%	28,23%	71,77%	28,82%	71,18%	29,99%	70,01%	26,69%	73,31%
4 ou mais	44,17%	55,83%	50,34%	49,66%	50,86%	49,14%	47,38%	52,62%	61,43%	38,57%	50,04%	49,96%
	46,09%	53,91%	49,92%	50,08%	61,39%	38,61%	62,70%	37,30%	62,24%	37,76%	56,74%	43,26%

De acordo com a tabela 4, as cinco macrorregiões apresentam percentuais substancialmente elevados de parturientes que fizeram cesariana sem ter

tido qualquer experiência com parto normal. Da mesma forma, em todas as macrorregiões, próximo da metade das parturientes que já haviam tido quatro ou mais partos normais também fizeram cesariana.

#### 4.1.3 Número de partos cesáreos

A tabela 5 apresenta os dados acerca do número de partos cesáreos (anteriores) das parturientes em 2013: 66,62% das parturientes nunca haviam feito cesariana; 17,93% já haviam tido um parto cesáreo anterior; 10,34% tiveram quatro ou mais cesáreas; 4,32% tinham vivenciado duas cesáreas; e, 0,79% três cesáreas.

Tabela 5: número de partos cesáreos (anteriores) das parturientes (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
nenhuma	182.772	58,34%	527.214	64,18%	808.103	70,42%	276.746	71,51%	139.789	59,56%	1.934.624	66,62%
1 cesárea	47.306	15,10%	120.505	14,67%	227.034	19,78%	77.232	19,96%	48.760	20,78%	520.837	17,93%
2 cesáreas	12.238	3,91%	28.222	3,44%	54.773	4,77%	17.395	4,50%	12.874	5,49%	125.502	4,32%
3 cesáreas	1.909	0,61%	3.507	0,43%	11.186	0,97%	3.772	0,97%	2.428	1,03%	22.802	0,79%
4 ou mais	69.047	22,04%	142.011	17,29%	46.531	4,05%	11.838	3,06%	30.836	13,14%	300.263	10,34%

Ainda conforme a tabela 5, no que tange do número de partos cesáreos (anteriores) das parturientes, as cinco macrorregiões exibem percentuais também semelhantes – tal como ocorrera variável número de partos normais anteriores. As exceções ficam por conta dos dois extremos: enquanto no Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste têm percentuais mais do que robustos de parturientes com quatro ou mais cesáreas, o Sudeste e o Sul têm maiores percentuais de parturientes que nunca fizeram cesariana.

A tabela 6 apresenta os dados acerca do número de partos cesáreos (anteriores) das parturientes segundo o tipo de parto. Em 2013, fizeram cesariana: 96,27% das parturientes que já tinham tido três partos cesáreos; 95,80% das que tinham duas cesarianas anteriores; 84,44% das que já tinham feito uma cesariana; 49,23% das que já tinham mais de três cesáreas; e, 47,45% das parturientes que nunca haviam feito um parto cesáreo.

Tabela 6: número de partos cesáreos (anteriores) das parturientes, por tipo de parto (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal
nenhuma	36,38%	63,62%	40,24%	59,76%	51,77%	48,23%	53,88%	46,12%	51,28%	48,72%	47,45%	52,55%
1 cesárea	78,27%	21,73%	84,41%	15,59%	85,17%	14,83%	84,67%	15,33%	86,72%	13,28%	84,44%	15,56%
2 cesáreas	93,49%	6,51%	94,10%	5,90%	96,89%	3,11%	97,08%	2,92%	95,39%	4,61%	95,80%	4,20%
3 cesáreas	94,55%	5,45%	93,39%	6,61%	97,36%	2,64%	96,92%	3,08%	95,71%	4,29%	96,27%	3,73%
4 ou mais	40,00%	60,00%	46,70%	53,30%	61,94%	38,06%	64,16%	35,84%	56,73%	43,27%	49,23%	50,77%
	46,09%	53,91%	49,92%	50,08%	61,39%	38,61%	62,70%	37,30%	62,24%	37,76%	56,74%	43,26%

Ainda conforme a tabela 6, no que se refere ao número de partos cesáreos (anteriores) das parturientes segundo a via de parto, as regiões Norte e Nordeste discrepam das demais macrorregiões, com percentuais mais baixos de cesarianas tanto nas parturientes que ainda não haviam experimentado um parto cesáreo, quanto naquelas que já tinham passado por 4 ou mais cesarianas. Note-se que os percentuais de partos cesáreos para as mães com duas ou três cesarianas anteriores ultrapassa os 95% Nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

## 4.2 Dimensão social dos perfis de parturientes e vias de parto

Conforme já fundamentado, a análise da dimensão social dos perfis de parturientes e vias de parto baseou-se no pressuposto de que, na realidade brasileira, *escolaridade*, *cor/raça/etnia* e *estado civil* que, como tal, poderiam, em certa medida, indicar o pertencimento de classe das parturientes. Desse modo, seguem as análises das variáveis *escolaridade* (por faixa), *cor/raça/etnia* e *estado civil* das parturientes.

### 4.2.1 Escolaridade

A tabela 7 apresenta os dados acerca da escolaridade (por faixas) das parturientes em 2013: 56,97% das parturientes haviam iniciado (embora ainda não concluído) o ensino superior; 21,88% tinham o ensino médio; 16,48% já haviam concluído o ensino superior; 3,89% das parturientes tinham apenas o ensino fundamental; 0,76% haviam chegado somente à 4ª série do ensino fundamental; e, 0,01% não tinham qualquer escolaridade.

Tabela 7: escolaridade (por faixas) das parturientes (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
nenhuma	37	0,01%	160	0,02%	87	0,01%	15	0,00%	25	0,01%	324	0,01%
fund. I	5.808	1,89%	10.817	1,36%	2.746	0,24%	959	0,25%	1.308	0,57%	21.638	0,76%
fund. II	19.862	6,46%	51.047	6,40%	25.123	2,23%	9.063	2,35%	5.717	2,48%	110.812	3,89%
médio	84.803	27,57%	220.056	27,61%	193.535	17,18%	81.079	21,06%	43.449	18,82%	622.922	21,88%
sup. inc.	164.442	53,46%	426.188	53,47%	684.411	60,77%	215.168	55,90%	131.663	57,03%	1.621.872	56,97%
superior	32.674	10,62%	88.740	11,13%	220.368	19,57%	78.666	20,44%	48.684	21,09%	469.132	16,48%

Ainda conforme a tabela 7, as regiões Norte e Nordeste têm percentuais expressivamente menores de parturientes com ensino superior completo (próximo da metade das demais regiões). Mas, os percentuais de parturientes que inicia-

ram o ensino superior se aproximam dos do restante do País – a despeito de ambas as regiões ainda concentrarem os maiores percentuais de parturientes com ensino fundamental completo, com apenas a 4ª série do ensino fundamental ou ainda sem qualquer escolaridade. Por outro lado, Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam percentuais semelhantes, com preponderância para faixas de maior escolaridade.

A tabela 8 apresenta os dados acerca da escolaridade (por faixas) das parturientes segundo o tipo de parto. Em 2013, realizaram partos cesáreos: 83,76% das parturientes que haviam concluído o ensino superior; 56,33% das que apenas o iniciara; 50,93% daquelas sem qualquer escolaridade; 42,36% das que terminaram o ensino médio; 36,46% das que chegaram ao fim do ensino fundamental; e, 26,23% das que não passaram da 4ª série.

Tabela 8: escolaridade (por faixas) das parturientes, por tipo de parto (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal
nenhuma	54,05%	45,95%	45,91%	54,09%	53,49%	46,51%	53,33%	46,67%	68,00%	32,00%	50,93%	49,07%
fund. I	16,32%	83,68%	26,52%	73,48%	41,22%	58,78%	41,23%	58,77%	25,25%	74,75%	26,23%	73,77%
fund. II	26,55%	73,45%	32,91%	67,09%	46,52%	53,48%	46,43%	53,57%	42,43%	57,57%	36,46%	63,54%
médio	34,93%	65,07%	38,08%	61,92%	46,93%	53,07%	47,77%	52,23%	48,11%	51,89%	42,36%	57,64%
sup. inc.	49,25%	50,75%	51,83%	48,17%	58,72%	41,28%	60,98%	39,02%	59,65%	40,35%	56,33%	43,67%
superior	77,19%	22,81%	82,51%	17,49%	84,50%	15,50%	84,89%	15,11%	85,31%	14,69%	83,76%	16,24%
	46,19%	53,81%	49,90%	50,10%	61,43%	38,57%	62,69%	37,31%	62,27%	37,73%	56,80%	43,20%

De acordo com a tabela 8, é possível observar um claro recorte de escolaridade segundo as vias de parto no Brasil. Atingindo percentuais acima dos 77% das parturientes com ensino superior completo, os partos cesáreos têm se concentrado nas faixas de maior escolaridade em todas as cinco macrorregiões. Diferentemente das demais regiões, o Centro-Oeste também apresenta um percentual elevado de cesarianas junto às parturientes sem qualquer escolaridade (atingindo mais que o dobro dos percentuais de partos vaginais nesta faixa).

#### 4.2.2 Cor/raça/etnia

A tabela 9 apresenta os dados acerca da cor/raça/etnia das parturientes em 2013: foram 55,22% de autodeclaradas pardas; 38,39% de brancas e amarelas; 5,60% de pretas/negras; e, somente 0,79% de indígenas.

Tabela 9: cor/raça/etnia das parturientes (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
bra. + ama.	28.171	9,31%	109.516	14,32%	550.376	49,60%	309.239	81,98%	65.504	30,58%	1.062.806	38,39%
preta	7.798	2,58%	41.046	5,37%	80.923	7,29%	16.098	4,27%	9.266	4,33%	155.131	5,60%
parda	255.216	84,32%	611.408	79,93%	476.354	42,93%	50.410	13,37%	135.633	63,31%	1.529.021	55,22%
indígena	11.484	3,79%	2.933	0,38%	2.071	0,18%	1.445	0,38%	3.816	1,78%	21.749	0,79%

Ainda conforme a tabela 9, as regiões Norte e Nordeste concentram os maiores percentuais de parturientes autodeclaradas pardas e os menores percentuais de brancas e amarelas; situação inversa em relação à região Sul, com o predomínio de parturientes brancas e amarelas em detrimento de pardas. Já no Sudeste, a distribuição das parturientes segundo esse critério assume posições mais equilibradas entre brancas e amarelas e pardas. Em todas as regiões os percentuais de parturientes pretas/negras e, principalmente, de indígenas é muito baixo.

Chama a atenção a ausência da resposta cor/raça/etnia *ignorada* no questionário impresso do SINASC (presente como opção de resposta na maioria das perguntas, como no caso da escolaridade, por exemplo). O próprio Manual de Instrução para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, distribuído pelo Ministério da Saúde, dedica especial atenção ao tema: “esta variável não admite a alternativa *ignorada*” (BRASIL, 2011, p. 17, grifo do autor).

Outrossim, diferentemente do percentual de declarações deixadas *em branco* na variável escolaridade (1,21%), as respostas *em branco* na opção de cor/raça/etnia da parturiente alcançam 4,66% (chegando a 8,72% no Centro-Oeste). E, embora, estatisticamente, esse percentual não seja capaz de comprometer as análises acerca da relação entre cor/raça/etnia e vias de parto, tal comportamento sugere o melindre com que os atores envolvidos (parturiente ou outro declarante e/ou profissional da saúde, bem como o Estado brasileiro) ainda lidam com a ideia de cor/raça/etnia.

A tabela 10 apresenta os dados acerca da cor/raça/etnia das parturientes segundo o tipo de parto. Em 2013, tiveram seus filhos via cesariana: 68,19% das parturientes autodeclaradas brancas e amarelas; 50% das pardas; 49,58% das pretas; e, 19,11% das indígenas.

Tabela 10: cor/raça/etnia das parturientes, por tipo de parto (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal
bra. + ama.	66,03%	33,97%	64,97%	35,03%	69,72%	30,28%	65,13%	34,87%	76,06%	23,94%	68,19%	31,81%
preta	44,18%	55,82%	40,66%	59,34%	53,94%	46,06%	50,07%	49,93%	54,63%	45,37%	49,58%	50,42%
parda	45,46%	54,54%	47,67%	52,33%	52,96%	47,04%	53,77%	46,23%	57,26%	42,74%	50,00%	50,00%
indígena	11,61%	88,39%	27,65%	72,35%	33,93%	66,07%	41,48%	58,52%	18,59%	81,41%	19,11%	80,89%
	46,09%	53,91%	49,92%	50,08%	61,39%	38,61%	62,70%	37,30%	62,24%	37,76%	56,74%	43,26%

Ainda conforme a tabela 10, nas cinco macrorregiões, os maiores percentuais de partos cesáreos se concentram na faixa de parturientes autodeclara-



das brancas e amarelas. Assim como, os menores percentuais de cesarianas se encontram entre as autodeclaradas indígenas. Apesar das semelhanças mencionadas anteriormente, o Centro-Oeste apresenta percentuais pouco acima das demais regiões entre as pardas que realizaram partos cesáreos.

#### 4.2.3 Estado civil

A tabela 11 apresenta os dados acerca do estado civil das parturientes em 2013: foram 40,46% de mulheres solteiras; 32,93% de casadas; 25,40% de mulheres em regime de união estável; apenas 1,03% de separadas/divorciadas; e, somente 0,19% de viúvas.

Tabela 11: estado civil das parturientes (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
solteira	115.287	37,39%	315.238	39,11%	496.941	43,72%	147.445	38,32%	85.098	36,77%	1.160.009	40,46%
casada	57.139	18,53%	224.563	27,86%	449.209	39,52%	133.361	34,66%	79.910	34,53%	944.182	32,93%
viúva	320	0,10%	1.541	0,19%	2.378	0,21%	757	0,20%	379	0,16%	5.375	0,19%
separada	1.116	0,36%	3.786	0,47%	17.426	1,53%	4.786	1,24%	2.357	1,02%	29.471	1,03%
união	134.508	43,62%	260.804	32,36%	170.789	15,02%	98.435	25,58%	63.665	27,51%	728.201	25,40%

De acordo com a tabela 11, o estado civil das parturientes se distribui de forma semelhante entre as macrorregiões. Contudo, percebe-se algumas dissonâncias: a região Norte apresenta o menor percentual de casadas e o maior de parturientes em união estável; já a região Sudeste ostenta o maior percentual de solteiras, em detrimento daquelas em regime de união estável.

A tabela 12 apresenta os dados acerca do estado civil das parturientes segundo o tipo de parto. Em 2013 se submeteram ao parto cesáreo: 72,25% das parturientes casadas; 69,08% das separadas; 59,47% das viúvas; 49,77% das solteiras; e, 47,47% das parturientes com união estável.

Tabela 12: estado civil das parturientes, por tipo de parto (Brasil e macrorregiões, 2013)

	N		NE		SE		S		CO		BRASIL	
	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal
solteira	43,96%	56,04%	45,11%	54,89%	51,85%	48,15%	53,83%	46,17%	55,69%	44,31%	49,77%	50,23%
casada	63,64%	36,36%	65,73%	34,27%	74,88%	25,12%	75,56%	24,44%	76,44%	23,56%	72,25%	27,75%
viúva	49,06%	50,94%	50,16%	49,84%	65,05%	34,95%	63,54%	36,46%	62,96%	37,04%	59,47%	40,53%
separada	64,30%	35,70%	62,76%	37,24%	70,61%	29,39%	68,90%	31,10%	70,57%	29,43%	69,08%	30,92%
união	40,36%	59,64%	42,31%	57,69%	52,67%	47,33%	58,32%	41,68%	52,91%	47,09%	47,47%	52,53%
	46,11%	53,89%	50,05%	49,95%	61,39%	38,61%	62,71%	37,29%	62,25%	37,75%	56,81%	43,19%

De acordo com a tabela 12, os maiores percentuais de cesarianas se encontram entre as parturientes casadas e separadas nas cinco macrorregiões. Porém, é nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste que os percentuais de partos cesáreos superam os percentuais de partos vaginais em todos os estados civis das partu-

rientes.

### 4.3 Dimensão ecológica dos perfis de parturientes e vias de parto

Conforme aludido anteriormente, a análise da dimensão ecológica dos perfis de parturientes e vias de parto teve como fulcro o confronto dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, com três indicadores socioeconômicos: Produto Interno Bruto (PIB) de 2013, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Coeficiente de Gini (Gini) de 2013, calculado, a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Desse modo, a tabela 13 apresenta os dados (do Brasil como um todo e por macrorregiões) referentes ao PIB de 2013 (IBGE, 2015), ao Gini de 2013 (IBGE 2014) e ao IDHM de 2010 (PNUD, 2015).

Tabela 13: PIB, coeficiente de Gini e IDHM (Brasil e macrorregiões)

	<b>N</b>	<b>NE</b>	<b>SE</b>	<b>S</b>	<b>CO</b>	<b>BRASIL</b>
PIB (em milhões de reais) (2013)	292.342	722.809	2.938.539	878.150	484.615	5.316.455
Coeficiente de Gini (2013)	0,484	0,510	0,488	0,463	0,519	0,505
IDHM (2010)	0,683	0,659	0,753	0,756	0,753	0,715

De acordo com a tabela 13, o PIB brasileiro superou R\$ 5,3 trilhões distribuídos da seguinte forma (da maior riqueza produzida para a menor): 55,27% no Sudeste; 15,51% no Sul; 13,59% no Nordeste; 9,11% no Centro-Oeste; e, 5,49% no Norte.

Quanto ao Gini, como demonstra a tabela 13, o Brasil apresentou um resultado global de 0,505. Vale lembrar que, preso ao intervalo entre 0,000 (zero) e 1,000 (um), mudanças de ordem centesimal no Gini implicam importantes diferenças na distribuição/concentração da riqueza: quanto menor o Gini, menor a desigualdade social na região (riqueza mais distribuída); contrariamente, quanto maior o Gini, maior a desigualdade social na região (riqueza mais concentrada).

Dito isso, o Gini aponta diferentes níveis de desigualdades regionais

do Brasil (da região menos desigual para a mais desigual): em primeiro lugar aparece a região Sul, com 0,463; em segundo o Norte, com 0,484; em terceiro o Sudeste, com 0,488; em quarto o Nordeste, com 0,510; e em último o Centro-Oeste, com 0,519.

Já no que concerne ao IDHM, ainda conforme a tabela 13, o Brasil atingiu o patamar de 0,715. Como é sabido, o IDHM varia entre 0,000 (zero) e 1,000 (um), sendo que quanto mais próximo de 1,000 (um), maior a qualidade de vida das pessoas na região; quanto mais próximo de 0,000 (zero), mais precária é a vida das pessoas. Assim, o IDHM costuma ser dividido por faixas: muito alto (0,801 ou mais); alto (entre 0,701 e 0,800), médio (entre 0,551 e 0,700); e, baixo (0,550 ou menos).

Nesse bojo, as cinco macrorregiões brasileiras estão assim classificadas (da melhor qualidade de vida para a pior qualidade de vida): em primeiro lugar a região Sul, com 0,756 (IDHM alto); em segundo o Sudeste e o Centro-Oeste empatados, com 0,753 (IDHM alto); em quarto o Norte, com 0,683 (IDHM médio); e, por último o Nordeste, com 0,659 (IDHM médio).

Dito isso, cabe agora analisar a distribuição percentual de partos cesáreos e vaginais para cada macrorregião brasileira. A tabela 14 apresenta os tipos de partos segundo as macrorregiões. Em 2013, fizeram cesariana: 62,70% das mulheres que pariram na região Sul; 62,24% das que pariram na região Centro-Oeste; 61,39% das que pariram no Sudeste; 49,92% das mulheres que pariram no Nordeste; e, 46,09% das que pariram na região Norte.

Tabela 14: tipos de parto (macrorregiões brasileiras, 2013)

N		NE		SE		S		CO	
cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal
46,09%	53,91%	49,92%	50,0%	61,39%	38,61%	62,70%	37,30%	62,24%	37,76%

De acordo com a tabela 14, os maiores percentuais de partos cesáreos estão distribuídos entre as regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste (Norte e Nordeste têm mais de dez pontos percentuais a menos que as demais regiões). Ou seja, há realmente uma variação significativa entre regiões.

## 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo teve como objetivo verificar se a opção pela via de parto cesariana ou normal implica perfis (regionais, sociais, econômicos, de escolaridade etc.) diferentes de parturientes. Nesse sentido, foram exploradas – com base em análises descritivas e cruzamentos simples de tabelas – informações como idade, histórico gestacional, escolaridade, cor/raça/etnia, estado civil e tipo de parto de todas as parturientes registradas no ano de 2013 no Brasil, bem como algumas características regionais.

A análise dos dados demonstrou que, no que diz respeito à idade das parturientes, a imensa maioria de mulheres que pariram em 2013 estava na faixa de dezoito a trinta e cinco anos de idade. Análises exploratórias mostraram que, no Brasil como um todo, quanto maior a idade, maiores as chances de ter uma cesariana. E que, ainda segundo a variável idade, dentro das categorias utilizadas, a via de parto mais praticada foi a cesariana nas duas categorias superiores, com algum equilíbrio entre as duas vias na faixa de dezoito a trinta e cinco anos. As mulheres com menos de dezoito anos foram as únicas que, proporcionalmente, tiveram mais partos normais.

Quanto ao histórico gestacional, mais da metade das mulheres nunca havia feito parto normal, o que significa que a maioria das parturientes fez seu primeiro parto via cesariana. Ademais, o fato da mulher já ter feito cesariana aumentou, fortemente, a tendência por essa opção de parto – salvo no caso de mulheres que já passaram por mais de três cesáreas, havendo, neste caso, equilíbrio entre as duas vias de parto (provavelmente por recomendação médica, uma vez que o excesso de cesarianas deve ser evitado). Por outro lado, metade das mulheres que já tinham tido quatro ou mais partos normais, se submeteram a cesarianas em 2013. Essa aparente contradição pode ser explicada pela conveniência da cesariana com a cirurgia de laqueadura.

Em relação à escolaridade das parturientes, quase três quartos das mulheres que pariram em 2013 tiveram acesso ao ensino superior (embora uma par-

te não o tenha completado ainda). Além do pequeno quantitativo de mulheres sem escolaridade no qual há um equilíbrio entre as duas vias de parto, é notável o aumento dos percentuais de partos cesáreos paulatinamente à escolaridade, contrapondo-se ao senso comum de que mulheres mais escolarizadas tenderiam a avaliar melhor os riscos de uma cirurgia tão invasiva quanto a cesariana (tanto para o bebê, quanto para própria parturiente).

No tocante a cor/raça/etnia, mais da metade das parturientes se autodeclarou parda e mais de um terço se autodeclarou branca e amarela, sendo que, as pardas se dividem equitativamente entre as duas vias de parto e as brancas e amarelas apresentaram forte tendência ao parto cesáreo.

Sobre o estado civil das parturientes, mais da metade tem companheiro(a) e mais de dois quintos são solteiras. Dentre as mulheres que têm companheiro(a), as casadas tendem bem mais ao parto cesáreo (em detrimento daquelas em regime de união estável).

E por fim, tendo em consideração os indicadores sociais a partir do recorte regional, constatou-se que a despeito das regiões mais pobres (ou seja, de menor PIB) terem menor tendência ao parto cesáreo, à exceção do Centro-Oeste, viver em uma região mais ou menos desigual não parece influenciar nas proporções de cesarianas e partos normais por região. Entretanto, quanto maior o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da região, maior é o percentual de partos cesáreos.

Isso posto, depreende-se dos dados que a opção por uma via de parto normal ou cesariana implica perfis diferentes de parturientes seja no nível individual, seja no nível regional. Dessa forma, o condicionante do acesso no primeiro caso se dá por meio da escolaridade; e, no segundo, por meio do IDHM, o qual inclui a escolaridade em sua medida. De modo que, quanto maior a escolaridade da parturiente e o IDHM de sua região, maiores são os percentuais de partos cesáreos, sendo o inverso também verdadeiro, quanto menor a escolaridade da parturiente e o IDHM de sua região, maiores são os percentuais de partos vaginais.

Assim, a explicação para o fenômeno do elevado número de partos cesáreos no Brasil, não está relacionada a questões biológicas apenas como a mai-

oria supõe, mas também e principalmente, a questões sociais; o que por um lado pode indicar um aspecto positivo: uma vez sendo fruto de uma construção social, o fenômeno pode ser modificado, por mais difícil que seja.

No afã de contribuir para o entendimento da saúde reprodutiva por meio da identificação de um perfil mais preciso de parturientes no Brasil com cerne na via de parto, este estudo propõe ainda que os entes envolvidos nos meandros do parto possam sair dessa experiência com a certeza de que fizeram o melhor, dentro do que poderia ser feito. E uma forma de começar é não supor que, pelo fato das gestantes serem altamente escolarizadas, elas conheçam os procedimentos realizados em cada uma das vias de parto existentes e as consequências de dessas vias de parto para a saúde da parturiente e do bebê que nascerá.

Destarte, sugere-se que as gestantes possam durante o seu pré-natal ter acesso a aulas/palestras sobre as formas de parto existentes, os procedimentos executados nelas e consequências de cada uma, bem como sobre os possíveis impactos dessa escolha na saúde da mãe e do bebê. Tais iniciativas, não somente colaboram para que as gestantes conheçam um pouco mais sobre esse momento, mas, principalmente, para que as mulheres possam assumir o protagonismo que lhes é de direito no parto, criando mecanismos que permitam que essas mães possam ter voz para decidirem o que melhor se adequa à realidade de cada uma delas. Assim, independentemente da escolaridade das parturientes, todas poderão ter acesso a um conhecimento mínimo que poderá ampliar o diálogo entre mães e obstetras.

Concluindo, esse estudo mostra que há uma indubitável relação entre fatores socioeconômicos e o modo como nascem as crianças brasileiras. Esse resultado é relevante não apenas para orientar políticas públicas destinadas a melhorar os índices de morbimortalidade materna e infantil no Brasil, mas também para compreender melhor como a cultura, o acesso à informação, e o desenvolvimento sócio regional podem influenciar escolhas, decisões e na própria satisfação pessoal das parturientes, conforme indicam as reportagens acrescentadas aos anexos.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Francisco Antônio Lopes de. Vou parir!: Que tipo de parto?; A decisão é da parturiente ou do médico? In: **Revista Formar Interdisciplinar**. Sobral: v. 1, n. 3, p. 60-68, jul.-dez., 2013. p. 60-68.

ANDER-EGG, Ezequiel. **Introducción a las técnicas de investigación social**: para trabajadores sociales. 7. ed. Buenos Aires: Humanitas, 1971. 335 p.

BERGER, Peter. **Perspectivas sociológicas**: uma visão humanística. Tradução de Donaldson M. Garschagen. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 208 p. (Col. Antropologia; v.1)

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. 315 p. (Col. Memória e Sociedade)

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. 9. ed. Campinas: Papyrus, 1996. 224 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Banco de Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. 2013a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=28&pad=31655>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2013**. 2013b. Disponível em: <<http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/ldb2013/matriz.htm#cober>>. Acesso em: 5 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 29 p.

BRASIL. Senado Federal. **CPMI com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instruídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência**. Brasília: Senado Federal, 2013c. 1044 p.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnogra-

fia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. 325 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no Município de São Paulo. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 18, nº 8, 2013. p. 2413-2420.

CIELLO, Cariny *et al.* Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da violência obstétrica**: parirás com dor. [S.l.]: Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012. 188 p.

COSTA, Nilma Dias Leão *et al.* Realização do parto e desigualdade social. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16, 2008, Caxambu. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: ABEP, 2008. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1753.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1753.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2015.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 294 p.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: n. 30, suplementar, 2014. p. S101-S116.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para tema da geografia da saúde no Brasil. In: **RA'E GA**: o espaço geográfico em análise. Curitiba: UFPR, v. 17, 2009. p. 31-41.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 206 p.

HALLER, Archibald O. Estratificação societária. In: **Teoria & Sociedade**: Revista dos Departamentos de Ciência Política e de Sociologia e Antropologia. Belo Horizonte: UFMG, nº 7, 2001. p. 70-94.

HOROCHOVSKI, Rodrigo Rossi. Empoderamento: definições e aplicações. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 30, 2006, Caxambu. **Anais eletrônicos...** São Paulo: ANPOCS, 2006. Disponível em: <[http://www.anpocs.org/porta1/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=3405&Itemid=232](http://www.anpocs.org/porta1/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3405&Itemid=232)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

IANNI, Octavio. **Raças e classes sociais no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972. 248 p. (Col. Retratos do Brasil; v.48)



IBGE. **Banco e dados**. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03/12/2015, 11:32:00.

IBGE. **Pnad – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Brasil e síntese de indicadores 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 79p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03/12/2015, 11:35:00.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**: ciência e conhecimento científico; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis; metodologia jurídica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 312 p.

MAGESTE, Gizelle de Souza *et al.* Empoderamento de mulheres: uma proposta de análise para as organizações. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA ANPAD, 5, 2008, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo\\_2008/2008\\_ENEO548.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2008/2008_ENEO548.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2015.

MAMEDE, Fabiana Villela *et al.* O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. In: **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**: UFRJ On Line. Rio de Janeiro: UFRJ, v. 11, nº 3, set., 2007. p. 466-471.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 285 p.

MATOS, Greice Carvalho de *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. In: **Revista de Enfermagem**: UFPE On Line. Recife: UFPE, v. 7, nº 3, mar., 2013. p. 870-878.

MEDEIROS, Marcelo; GALVÃO, Juliana Castro. Educação e o rendimento dos ricos no Brasil. In: **2080 Texto para Discussão**. Rio de Janeiro: Ipea, abr., 2015. 30 p.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 10, nº 3, 2005. p. 651-657.

O'DOUGHERTY, Maureen. Plot and irony in childbirth narratives of middle-class Brazilian women. In: **Medical Anthropology Quarterly**: International Journal for the Analysis of Health. [S.l.]: American Anthropological Association, v. 27, nº 1, Mar., 2013. p. 43-62.

PEREIRA, Raquel da Rocha *et al.* Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo:

USP, v. 20, nº 3, 2011. p. 579-589.

PNUD. **Banco e dados**. 2014. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/>>. Acesso em: 03/12/2015, 11:29:00.

PULHEZ, Mariana Marques. Parem a violência obstétrica: a construção das noções de 'violência' e 'vítima' nas experiências de parto. In: **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**. João Pessoa: v. 12, n. 35, Ago., 2013, p. 544-564.

RAMOS, Ticiane Osvald. **Casas de parto autônomas no contexto brasileiro**: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos. 2013. 351 f. Tese (Doutorado em Sociologia)–Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ROTH, Louise Marie; HENLEY, Megan M. Unequal Motherhood: racial-ethnic and socioeconomic disparities in cesarean sections in the United States. In: **Social Problems**: in pursuit of social justice On Line. Oxford: Oxford University, v. 59, nº 2, May, 2012. p. 207-227.

SALVADOR, J. *et al.* Short report: inequalities in cesarean section: influence of the type of maternity care and social class in an area with a nation health system. In: **Journal of Epidemiology and Community Health (1979)**. [S.l.: s.n.], v. 63, nº 3, Mar., 2009. p. 259-261.

SAÑUDO, Martha; MELO-MARTÍN, Inmaculada. Monterrey, c-section capital of Mexico: examining the ethical dimensions. In: **International Journal of Femi-Nist Approaches to Bioethics**. Toronto: Toronto, v. 2, nº 1, Spring, 2009. p. 148-164.

SEIBERT, Sabrina Lins *et al.* Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. In: **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro: UERJ, v. 13, nº 2, mai.- ago., 2005. p. 245-251.

VELHO, Manuela Beatriz *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. In: **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, v. 21, abr-jun, 2012. p. 458-466.

## **ANEXOS**



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

## Declaração de Nascido Vivo

I	Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido																							
		Data e hora do nascimento																							
		2 Data						3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado																	
II	Local da ocorrência	4 Peso ao nascer				5 Índice de Apgar				6 Detectada alguma anomalia congênita? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado															
		7 Local da ocorrência 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado				8 Estabelecimento				Código CNES															
		9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 10 CEP																							
III	Mãe	11 Bairro/Distrito						Código		12 Município de ocorrência				Código		13 UF									
		14 Nome da Mãe												15 Cartão SUS											
		16 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série) 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado						Série		17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada/desempregada) Código CBO 2002															
IV	Pai	18 Data nascimento da Mãe						19 Idade (anos)		20 Naturalidade da Mãe Município / UF (se estrangeiro informar País)				21 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteira 2 <input type="checkbox"/> Casada 3 <input type="checkbox"/> Viúva 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada 5 <input type="checkbox"/> União estável 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		22 Raça / Cor da Mãe 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena									
		Residência da Mãe												23 Logradouro		Número		Complemento		24 CEP					
		25 Bairro/Distrito						Código		26 Município				Código		27 UF									
V	Gestação e parto	28 Nome do Pai												29 Idade do Pai											
		30 Gestações anteriores Histórico gestacional ■ Nº gestações anteriores ■ Nº de partos vaginais ■ Nº de cesáreas ■ Nº de nascidos vivos ■ Nº de perdas fetais / abortos																							
		31 Idade Gestacional Data da Última Menstruação (DUM) / /						32 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada		Método utilizado para estimar 1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		33 Número de consultas de pré-natal 99 <input type="checkbox"/> Ignorado		34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal 99 <input type="checkbox"/> Ignorado		35 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		36 Apresentação 1 <input type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		37 O Trabalho de parto foi induzido? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		38 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas																									
VII	Preenchimento	42 Data do preenchimento				43 Nome do responsável pelo preenchimento				44 Função 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório 5 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)															
		45 Tipo documento 1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF				46 Nº do documento				47 Órgão emissor															
		48 Cartório				Código		49 Registro		50 Data		51 Município		52 UF											
VIII	Cartório	53																							
		54																							

**ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.  
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

## PARTO NORMAL: 10 FAMOSAS QUE OPTARAM POR ELE

Published On setembro 15, 2014 » 8314 Views» By Ana Carolina » DESTAQUE, FAMOSOS

Facebook 94

Twitter

Google+ 0

Pinterest 0

LinkedIn 0

94

COMPARTILHAMENTOS

A maioria das mulheres têm medo de dar à luz através do parto normal, por causa da dor, por ouvirem relatos de pessoas que já tiveram. Mas, isso é muito relativo, existem mulheres que sentem mais dores que outras. Mas, hoje em dia já é possível ter um parto normal sem dor através da anestesia e de outros métodos não farmacológicos, como caminhar, massagens, banho de imersão, acupuntura, controle da respiração e outros.

O parto normal traz vantagens para a mãe e para o bebê.

Vantagens do parto normal para mãe:

- Recuperação mais rápida;
- Menor risco de infecção;
- Estreita os laços sentimentais com o bebê;
- Favorece a produção de leite materno;
- Menor tempo de internamento hospitalar e melhor recuperação;
- A cada parto normal, o tempo de trabalho de parto fica mais curto.

Além de todas as vantagens, ainda é um parto mais econômico.

Ainda, há muitas outras vantagens, pois, apesar de ter essa quantidade de vantagens para a mamãe, ainda têm muitas vantagens para o bebê, tais como:

- Diminuição do desconforto respiratório, pois ao passar pelo canal vaginal, seu tórax é comprimido e isso faz com que os líquidos de dentro do pulmão sejam expelidos com mais facilidade;
- O bebê também se beneficia das alterações hormonais que ocorrem no corpo da mãe durante o trabalho de parto, fazendo com que ele seja mais ativo e responsivo ao nascer;
- Durante a passagem pelo canal vaginal, o corpo do bebê é massageado, fazendo com que ele desperte para o toque e não estranhe tanto ao ser manipulado ao nascer;
- Ao nascer pode ser imediatamente colocado em cima da mãe, o que acalma mãe e filho;
- Após estar limpo e vestido, pode permanecer todo o tempo junto da mãe, se ambos estiverem saudáveis, pois não precisa ficar de observação.
- O parto normal não pode ser realizado com dia marcado na agenda, mas o obstetra é capaz de apontar uma semana de maior propensão para o nascimento do bebê.

Separamos uma lista com algumas famosas que fizeram questão de ter seus filhos através de parto normal. Confira!

10 Famosas que tiveram filhos através de parto normal:



**Daniele Suzuki**

Daniele Suzuki teve seu filho de parto normal, ela até chegou a publicar um texto contando sua experiência de ter o filho de parto natural.

## Fernanda Lima

Quem disse que não dá pra ter filhos gêmeos de parto normal? Pois é, Fernanda Lima foi exemplo disso, a atriz e apresentadora, fez questão de ter os filhos de parto normal.



## Caroline Figueiredo

A atriz Caroline Figueiredo não abriu mão de ter o filho de parto normal. Caroline contou sobre o nascimento do segundo filho Theo, em sua página do Instagram.



## Scheila Mello

Scheila Mello sempre teve o sonho de ter um filho de parto normal, e, ela conseguiu realiza-lo.



## Vanessa Loes

Vanessa loes, também não abriu mão de dar à luz aos filhos através do parto normal.



## Kate Middleton

Kate Middleton também não abriu mão de ter seu filho através de parto normal, aliás, Kate foi um exemplo de recuperação, após um dia do nascimento do bebê, ela mostrou muita disposição ao apresentá-lo ao mundo ao lado do príncipe William.





## Carol Celico

Carol Celico, que, todos sabemos é mulher do jogador Kaká, também não abriu mão do parto normal para dar à luz a seus filhos Luca e Isabella.



## Luciana Gimenez

Luciana Gimenez optou por parto normal e até comemorou a rápida recuperação de seu corpo após o nascimento do seu filho caçula Lorenzo.



## Gisele Bündchen

Gisele Bündchen fez questão de ter seus dois filhos por parto normal.



## Juliana Knust

A atriz teve seu filho de parto normal e é defensora deste.

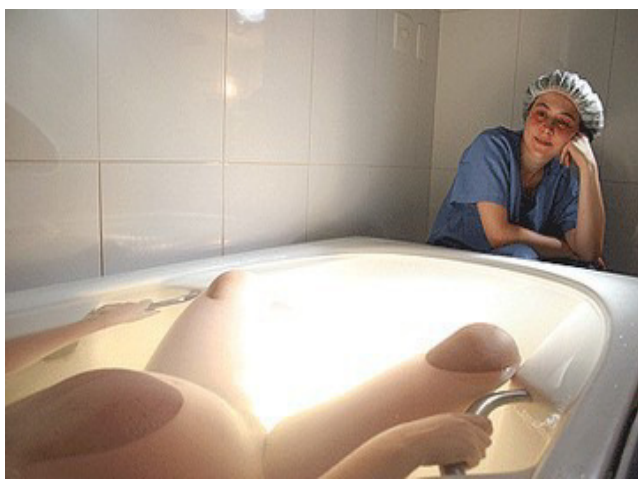




Rede Brasil Atual

## O parto é delas

Abuso de intervenções médicas, falta de informação e de segurança para decidir têm tirado de muitas mulheres o direito ao parto natural. A cesárea, indicada para situações de risco, ainda ocorre de forma indiscriminada no Brasil



por Luciana Benatti publicado 04/04/2013 12:24,  
última modificação 08/05/2015 18:44

É madrugada. Na banheira da suíte de parto de uma movimentada maternidade particular da zona sul de São Paulo, uma mulher está prestes a dar à luz seu primeiro filho. Não sente medo nem ansiedade: tem ao seu redor pessoas que a apóiam. As contrações vêm em ondas, momentos de dor e relaxamento. Ela não tomou anestesia. Conta apenas com o alívio proporcionado pela água morna. À

sua frente, a médica Andrea Campos observa sorrindo. Horas depois, o bebê vem ao mundo, dentro da água. O instante é mágico, de puro êxtase, garante a mãe, autora desta reportagem.

Na água e sem anestesia? No país campeão mundial de cesarianas, pode parecer coisa de gente maluca. Na verdade, trata-se da escolha consciente de mulheres que, alheias ao apelo do parto “prático, rápido e indolor” prometido pelos defensores da cesárea com hora marcada, decidiram vivenciar o nascimento de seus filhos com a maior naturalidade possível. O que envolve também abrir mão de tecnologias e de intervenções médicas desnecessárias. Se a gestação for de baixo risco, o parto normal é mais seguro para a mãe e para o bebê. Por ser uma cirurgia, a cesárea só é indicada quando há risco. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, isso ocorre em, no máximo, 15% dos casos. No entanto, a cesariana representa 43% dos partos realizados no Brasil, considerando o setor público e o privado. No universo dos planos de saúde chega a 80%, enquanto no Sistema Único de Saúde soma 26%. Todos concordam: o procedimento, quando bem indicado, é capaz de salvar vidas. Por outro lado, se realizado sem uma indicação médica precisa, pode expor a mulher e o recém-nascido a riscos desnecessários. “Quando você agenda uma cesariana sem que a mulher tenha entrado em trabalho de parto, pode estar retirando o bebê antes da sua completa formação”, afirma Andréia Abib, gerente-técnico assistencial de produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que regula as atividades das operadoras de planos privados. “Uma mulher bem informada jamais iria desejar isso”, acredita Andréia. Como parte de uma campanha em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias, a agência elaborou uma carta de esclarecimento e convidou as operadoras a enviá-la às usuárias. Em



maio, o Ministério da Saúde também lançou campanha de incentivo ao parto normal, com um comercial estrelado pela atriz Fernanda Lima, que teve seus gêmeos dessa forma.

## Cesáreas desnecessárias

Apenas um pequeno percentual de cesáreas tem indicações claras e justificadas. De acordo com um estudo recente realizado por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, em duas maternidades particulares do Rio de Janeiro, 92% das cesarianas foram feitas com data e hora marcadas, antes de a mulher entrar em trabalho de parto. “É um escândalo”, critica a epidemiologista Silvana Granado Nogueira da Gama, integrante da equipe.

Embora o Conselho Federal de Medicina (CFM) proíba tratar a cesárea como procedimento eletivo, há profissionais que indicam a intervenção assim que a gravidez completa 38 semanas (uma gestação normal dura cerca de 40 semanas, podendo ir até 42). Um risco não informado é o de que a cesárea realizada antes que o feto esteja com os pulmões completamente maduros acarreta dificuldades respiratórias. Por esse motivo, muitos bebês hoje nascem e vão direto para a UTI.

A pressão pela cesárea eletiva nem sempre acontece de forma direta. “O médico fala ‘o seu nenê é grande’ ou ‘está com o cordão enrolado’”. A mulher fica preocupada e, no final, acha que foi ela quem decidiu. A gente brinca que ‘o Ministério da Saúde adverte: pré-natal faz mal para o parto normal’, porque as mulheres de classe média, que fazem um número suficiente de pré-natais, que deveriam ser de qualidade, são as que mais fazem cesárea”, afirma Silvana.

O mesmo estudo da Fiocruz derruba um argumento muito freqüente, o de que as próprias mulheres brasileiras desejariam o parto cesáreo: 70% das gestantes não manifestaram preferência pela cesariana no início da gravidez, mas quase 90% a fizeram. “Isso indica que há um convencimento durante o pré-natal”, afirma Lena Peres, do Departamento de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde.

“Cesariana é uma técnica. Parto normal, uma arte”, diz o obstetra Jorge Kuhn, professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). “Muitos médicos se formam sem saber fazer parto normal”, afirma a doula e educadora perinatal Ana Cristina Duarte, coordenadora do Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (Gama). A doula é uma acompanhante de parto treinada para oferecer suporte físico, emocional e afetivo.

O obstetra Pedro Pablo Chacel, corregedor do Conselho Federal de Medicina (CFM), admite que muitos médicos não estão preparados para realizar o parto normal e, sem saber realizar outras manobras obstétricas, partem para a cesariana. Mas não vê nisso um problema. “Cem anos atrás as indicações de cesariana eram absolutas: ou faz ou morre. As coisas mudaram. Hoje a cesárea é uma boa alternativa para a maior parte dos médicos”, afirma.

Um forte componente econômico também pesa na decisão: enquanto um trabalho de parto pode durar 12 horas ou mais, a cesárea se resolve em menos de uma hora. E o valor pago ao médico pelo convênio – que varia hoje de R\$ 300 a R\$ 800, dependendo do tipo de plano – é praticamente o mesmo nos dois tipos de parto. Além disso, a cultura da cesárea que se espalhou pelo país nas últimas décadas faz com que o parto operatório seja visto como bem de consumo e garantia de atendimento de melhor qualidade.

## A dona da decisão

O termo usado para definir o atendimento que respeita o ritmo natural do nascimento e elimina os procedimentos de rotina é parto humanizado. “A melhor definição para a assistência humanizada ao parto e nascimento é a devolução do protagonismo à mulher: é dela o papel mais importante”, afirma o obstetra Jorge Kuhn. Ela tem liberdade para caminhar, se

alimentar, beber líquidos e escolher em que posição prefere ficar durante o trabalho de parto. Pode decidir também quem estará presente. E conta com o apoio de uma doula. “O protagonismo implica assumir responsabilidades. Para isso, é preciso ter informação. O que demanda tempo e investimento”, completa Kuhn.

Sites de grupos de mulheres que lutam pela melhoria do atendimento ao parto, como o Maternidade Ativa ([www.maternidadeativa.com.br](http://www.maternidadeativa.com.br)), o Parto do Princípio ([www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br)) e o Amigas do Parto ([www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br)), são ótimas fontes de informação.

Listas de discussão na internet, reuniões de casais grávidos e cursos de preparação para o parto também ajudam a perceber que existem opções seguras para as gestantes de baixo risco – cerca de 90% delas –, além do parto normal hospitalar padrão e da cesárea. E são uma forma de tomar contato com alternativas como parto na água, parto domiciliar e parto com parteira, muito controversas e temidas por aqui, mas comuns em países com baixos índices de mortalidade perinatal, como a Holanda.

“Quando eu estava grávida de 6 meses da minha primeira filha, a médica nunca tocava no assunto parto, como se fosse uma coisa totalmente dela e que eu só saberia na hora”, conta a confeiteira Denise Haendchen Gonzalez, mãe de Júlia, de 3 anos, e Alice, de 6 meses. O rumo de seu pré-natal mudou quando leu numa revista uma matéria sobre parto natural: ela entrou em contato com o grupo de apoio indicado, fez um curso de parto e entrou numa lista de

discussão sobre o assunto. “Não tinha a menor idéia de que existia a possibilidade de um parto sem anestesia e episiotomia”, lembra. Mudou de médica. “Sou chamada de louca porque todo mundo que conheço teve filho por cesárea.” Suas duas filhas nasceram em casa.



Anestesia, episiotomia (corte no períneo para facilitar a passagem do bebê), ocitocina sintética (hormônio usado para intensificar as contrações), lavagem intestinal, raspagem dos pêlos pubianos e ruptura artificial da bolsa das águas são alguns dos procedimentos que fazem parte do “pacote” do parto normal hospitalar, embora seu uso de rotina esteja listado entre as práticas consideradas ineficazes ou prejudiciais pela

Organização Mundial da Saúde (OMS). “É o parto normal Frankenstein: parece um monstro, de tão medicalizado”, diz Jorge Kuhn, da Unifesp. “O modo como algumas mulheres são tratadas acaba gerando um trauma do parto. Se você perguntar como foi,

ela vai falar que foi horrível, que teve de ficar sem acompanhante, onde não conhecia ninguém, sem apoio emocional”, explica a obstetra Andrea Campos. Nesse contexto, é inevitável que o parto perca sua dimensão emocional e afetiva e se transforme num obstáculo a ser superado – e a opção pela cesárea pode parecer mais atraente.

A radiologista Ilka Yamashiro Murakoshi, que teve sua filha Beatriz, de 9 meses, num parto domiciliar, conhece de perto essa rotina. “É o que estamos acostumados a ver em hospital onde se faz residência. São cerca de oito mulheres no mesmo quarto, todas em trabalho de parto com ocitocina, cada uma num estágio diferente de dilatação: uma grita, todo mundo grita”, conta Ilka. À impessoalidade do atendimento somam-se ofensas verbais, pressão sobre a barriga para empurrar o bebê, entre outros procedimentos humilhantes e dolorosos. “Na episiotomia, as fibras são cortadas num sentido que não é o do músculo. Na hora que o bebê

sai, rasga como um pano. E, quando o médico não faz nada, geralmente não lacera porque as fibras estão num sentido e a linha de força do bebê é diferente. Mesmo assim se faz de rotina.”

Tudo isso está ausente da experiência do parto humanizado, que pode acontecer no hospital, em casa ou em casas de parto, onde o atendimento é realizado por enfermeiras obstetras. Em vez de uma experiência traumática, o parto nessas condições é um evento familiar vivido sob intensa emoção. Mais do que espectador, o pai participa ativamente da gravidez e do parto. Apesar da dor, quem vivencia um parto como esse costuma encorajar outras a fazer o mesmo. Nos sites de grupos de apoio, é possível ler os relatos de parto, geralmente textos longos, carregados de sentimentos. São mulheres de diversas idades, profissões e classes sociais. Em comum, têm a felicidade de ter enfrentado um desafio e vencido.

## “Sensação de poder”

A advogada Maria Fernanda Zippinotti Duarte sempre desejou ter um parto normal. Quando esperava sua primeira filha, Letícia, de 8 anos, parecia caminhar para isso. Ela e o médico concordavam que seria a melhor opção. Até o discurso do profissional subitamente mudar: a gestação, então tranquila, virou de alto risco. E ela foi surpreendida pela decisão do obstetra de marcar uma cesárea. Quatro anos depois, no nascimento de Gabriela, nem houve justificativa. A bolsa rompeu, o médico mandou-a para a maternidade e, quando se deu conta, estava numa maca a caminho do centro cirúrgico. “A primeira cesariana eu quis acreditar que fosse necessária. A segunda foi meio absurda mesmo. Mas só tive consciência de que realmente tinham sido desnecessárias quando, na terceira gravidez, resolvi me informar melhor”, conta. Na terceira gestação, o primeiro obstetra foi categórico: o parto normal era impossível com duas cesáreas prévias. Pesquisou e localizou artigos científicos que apontavam o contrário. Seguindo a indicação de grupos de incentivo ao parto normal, encontrou um profissional disposto a apoiar sua escolha. Há cinco meses, nasceu Maria Clara, de parto natural hospitalar, sem anestesia ou qualquer outra intervenção. “Eu me senti renovada. Dar à luz é uma sensação de poder, uma energia muito grande. Tenho muito orgulho de ter buscado e conseguido.”

## “Teria outro filho em casa”

Um gemido longo vindo do quarto do casal corta o silêncio da noite e percorre de alto a baixo o sobrado. É madrugada do dia 22 de maio, feriado de Corpus Christi, e a musicista Isadora Canto, grávida de 40 semanas e 5 dias, está em trabalho de parto de seu segundo filho. O marido, o músico Márcio Arantes, permanece ao seu lado. Uma doula cuida para que eles se sintam seguros. Faz massagens e sugere posições para ajudá-la a enfrentar a dor. Os primeiros raios de sol entram pela janela, e o trabalho de parto, que começou por volta da 1 da manhã, prossegue. Com o dia claro, Isadora resolve entrar na banheira, na verdade uma pequena piscina inflável trazida e montada pela doula no box do banheiro. Às 10h05, a menina Lia nasce dentro da água. Uma médica e uma enfermeira obstetra acompanham. A pediatra também está a postos. O casal optou pelo parto domiciliar por não ter gostado da experiência hospitalar no nascimento do primeiro filho. “Foi um parto normal com anestesia, episiotomia, ocitocina e calmante, porque falei que estava com medo”, conta Isadora. “Acho que se está tudo certo com a gestação, não tem por que o parto ser no hospital. Mas é preciso estar muito bem acompanhada para se sentir segura”, diz. Nos partos domiciliares, em caso de complicação, é providenciada a remoção para o hospital. Mesmo assim, muitos obstetras, como Pedro Pablo Chacel, do CFM, são radicalmente contra: “As complicações podem surgir de repente”. Isadora afirma que o segundo parto, sem nenhuma intervenção, doeu muito mais do que o primeiro. Mesmo assim, repetiria a experiência do parto domiciliar. “Lembro direitinho da dor até hoje. Mas teria outro filho em casa, se ficasse grávida de novo.”

---

## Gisele Bündchen fala sobre opção pelo parto natural no nascimento dos filhos



Mãe de dois filhos, Benjamin e Vivian, **Gisele Bündchen** revela em entrevista ao programa 'Parto pelo Mundo', que estreia neste domingo (5), no canal GNT, sobre o conflito que viveu na época em que estava para dar à luz. De acordo com a top brasileira, os dois filhos nasceram em casa, na banheira do quarto do casal. Ela diz que as horas que antecederam ao nascimento dos bebês foram de muita ansiedade. "Foram os momentos mais intensos da minha vida", define Gisele Bündchen. "Transformei aquele momento de dor na esperança de que iria conhecer o meu bebê, que a cada contração estava mais perto do momento que tanto esperava. Sabia que aquela sensação era finita e que existia um motivo maior por trás daquela experiência. Eu estava prestes a receber o maior presente da minha vida".

Logo que engravidou do primeiro filho, a mulher de Tom Brady começou a buscar informações sobre tipos de partos. "Para mim foi muito importante ter recebido toda aquela informação antes de me decidir. Eu vi parto no mar, na água, na floresta, no hospital e de todos os jeitos. Sabendo de mais informações sobre formas diferentes de parir, pude optar com mais segurança de qual maneira queria ter meus bebês", contou a modelo em entrevista à parteira Mayra Calvette, que é amiga da top desde os 17 anos.

Durante os dois partos, realizados na casa da modelo, só estavam presentes uma parteira americana, Mayra e os aparelhos necessários para procedimentos em casa. "A estrutura da Gisele foi igual a de todas as mulheres que atendo. Tem gente que acha que tinha ambulância, uma superestrutura, mas não.